**«Социально-психологические характеристики семьи, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии»**

1. **Выполнила:**
2. тьютор Шестопалова Полина Викторовна
3. МАУ До ЦРТДиЮ «Советский» г. Липецк

**Содержание**

Введение…………………………………………………………………….3

Глава 1 Семья, воспитывающая ребенка с отклонениями в развитии……………………………………………………………………………5

Глава 2 Психологические портреты родителей детей с отклонениями в развитии……………………………………………………………………………9

Глава 3 Оценка состояния ребенка и семьи, выявление их потребностей……………………………………………………………………..16

Заключение………………………………………………………………..21

Список использованных источников…………………………………….22

**Введение**

Инвалидность ребенка, чаще всего, становится причиной глубокой и продолжительной социальной дезадаптации всей семьи. Действительно, рождение малыша с отклонениями в развитии, независимо от характера и сроков его заболевания или травмы, изменяет, а нередко нарушает весь ход жизни семьи. Обнаружение у ребенка дефекта развития и подтверждение инвалидности почти всегда вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние, семья оказывается в психологически сложной ситуации.

Родители впадают в отчаяние, кто-то плачет, кто-то несет боль в себе, они могут стать агрессивными и озлобленными, полностью отдалиться от друзей, знакомых, часто и от родственников. Это время боли, которую необходимо пережить, время печали, которая должна быть излита. Только пережив горе, человек способен рассмотреть ситуацию спокойно, более конструктивно подойти к решению своей проблемы.

К сожалению, далеко не все мамы и папы проблемных детей приходят к правильному решению, обретая жизненную перспективу и смысл жизни. Многие это самостоятельно сделать не могут. В результате нарушается способность приспособления к социальным условиям жизни.

На семью с ребенком-инвалидом накладываются медицинские, экономические и социально-психологические проблемы, которые приводят к ухудшению качества ее жизни, возникновению семейных и личных проблем. Не выдержав навалившихся трудностей, семьи с детьми-инвалидами могут самоизолироваться, потерять смысл жизни.

Казалось бы, в этом случае особенно должна быть ощутима помощь со стороны родственников, друзей. Но, когда родственники и знакомые узнают о травме или болезни ребенка, они тоже испытывают свой кризис. Каждому приходиться задуматься о своем отношении к ребенку, к его родителям. Кто-то начинает избегать встреч, потому что боится и собственных чувств, и чувств родителей. Особенно тяжело родителям супругов.

В нашей стране официально инвалидами считаются свыше восьми миллионов человек. И каждый год эта цифра увеличивается, лишь семь процентов детей рождается здоровыми.

Проблема социальной адаптации детей инвалидов очень актуальна сейчас. Если в 1990 году на учете в органах социальной защиты состояла сто пятьдесят одна тысяча таких детей, сегодня же детей-инвалидов насчитывается около шестисот тысяч, две трети из которых – особые дети, имеющие психические и психоневрологические нарушения (детский церебральный паралич, аутизм, синдром Дауна, и другие).

Цель данной работы заключается в том, чтобы изучить социально-педагогическую работу с семьями, воспитывающих детей с отклонениями в развитии.

Для достижения поставленной цели в работе решаются следующие задачи:

- описать проблемы семей, имеющих детей с отклонениями в развитии;

- раскрыть психологический портрет родителей детей с отклонениями в развитии;

- рассмотреть состояние ребенка и семьи, выявление их потребностей.

Методы исследования: анализ и синтез учебно-методической и научной литературы, нормативно-правовых документов по исследуемой проблеме.

**Глава 1 Семья, воспитывающая ребенка с отклонениями в развитии**

Семья - микросоциум в котором не только протекает жизнь ребенка, но и формируются его нравственные качества. Существует прямая зависимость развития ребенка от семейного фактора: чем сильнее проявляется семейное неблагополучие, тем более выражены нарушения развития ребенка.

Современный подход к семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, рассматривает её как реабилитационную структуру, с возможностями по созданию благоприятных условий для его развития и воспитания.

Каждая семья, воспитывающая ребенка с особыми образовательными потребностями, сталкивается с массой проблем, требующих решения и квалифицированной помощи.

Семьи отличаются друг от друга, каждая из них уникальна, так же как и ребенок который в ней воспитывается. Вот почему и спектр проблем семьи, особенности внутрисемейных отношений и, следовательно, работа с семьей становится уникальным в каждом отдельном случае. При этом учитываются такие существенные факторы как: состав семьи, ее культурный уровень, религиозные убеждения, особенности семейного воспитания и т.п.

Культура семьи, уровень образования всех ее членов является базисом для создания и развития стиля семейного воспитания, взаимоотношений между всеми членами семьи, подходом к воспитанию детей [11].

Ценностные ориентиры семьи оказывают непосредственное влияние на ее способность успешно функционировать на протяжении всего жизненного цикла.

Немаловажным является социально-экономический фактор.

«Особый» ребенок требует значительных материальных затрат на обеспечение ему полноценного жизненного пространства, особых условий воспитания и обучения.

Рождение ребёнка с ограниченными возможностями здоровья – это серьёзный стресс для семьи, существование которой характеризуется следующими особенностями:

- родители постоянно находятся в состоянии психофизического и эмоционального напряжения;

- испытывают чувство страха и неуверенность за будущее своего ребёнка;

- стараются скрыть от окружающих факт рождения «особого ребёнка», ограничивают круг внешних контактов, снижается социальный статус семьи;

- возможности ребёнка не соответствуют ожиданиям родителей, в результате чего у них возникает раздражительность, неудовлетворённость;

- нарушаются внутрисемейные отношения;

- у родителей меняется взгляд на мир, отношение к самим себе, своему ребёнку, который не такой, как все, к другим людям и к жизни.

Основными проблемами семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, являются [5]:

- медицинские проблемы: получение информации о заболевании ребенка и особенностях его течения, прогнозе, ожидаемых социальных трудностях; овладение практическими навыками выполнения медицинских рекомендаций, поиск возможностей дополнительного консультирования ребенка, его госпитализации, получения путевок в санатории и т. д.;

- экономические проблемы: в семьях, имеющих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, уровень материальной обеспеченности оказывается ниже, чем в семьях со здоровыми детьми. Это обусловлено вынужденным неучастием большинства матерей в общественном производстве; оформлением сокращенного рабочего дня; вынужденной сменой работы нередко с потерей заработной платы и т.д.;

- проблема воспитания, обучения и ухода за больным ребенком, которая заключается в трудностях, связанных с подготовкой ребенка к школе и помощью в его обучении, особенно при обучении на дому; осуществлением целенаправленной работы по социальной адаптации ребенка, формированием навыков самообслуживания, передвижения, пользования вспомогательными техническими средствами, общественным транспортом, развитием самостоятельности;

- социально-профессинальные проблемы семьи - это повышение родителями ребенка-инвалида своего образовательного уровня; отказ от реализации профессиональных планов; вынужденные перерывы в работе на период лечения и для организации ухода; смена характера работы с учетом интересов ребенка; формирование уклада жизни семьи, подчиненного интересам ребенка; трудности с поведением досуга;

- психологические проблемы, которые связаны, прежде всего, с тревогой за судьбу ребенка-инвалида всех членов семьи, напряжение во взаимоотношениях родителей из-за необходимости решения всевозможных проблем; уходом одного родителя из семьи; негативным восприятием со стороны окружающих физических недостатков ребенка.

Семья преодолевает несколько кризисных состояний:

- неизвестность, неопределенность;

- известность, определенность;

- агрессия;

- активная хаотичная деятельность;

- депрессия;

- принятие факта нарушения развития, обретение нового смысла;

- солидарность, объединение с другими родителями, имеющими аналогичные трудности.

По нашим наблюдениям, если сами родители имеют такие же дефекты, как и их ребенок (в первую очередь, сенсорные или психические), например, мать или отец страдают глухотой или умственной отсталостью, нарушения развития ребенка их практически не травмируют. В этом случае родителиидентифицируют дефект ребенка со своим собственным, так что в их сознании он воспринимается как норма [6].

Интеллектуальный дефект является для родителей и близких тяжелым и длительным психотравмирующим фактором.

Семьи, воспитывающие ребенка с ОВЗ, условно можно разделить на две группы:

Сотрудничество

Семьи, в которых отношение к проблеме ребенка носит конструктивный характер, не углубляются в длительные переживания, а пытаются более эффективно приспособиться к новым условиям, наладить семейный быт, общение и изменить свое отношение к возникшей проблеме. При этом, родители не только полноценно заботятся о ребенке, но и сами не зациклены только на его проблемах. Они также заняты самореализацией, понимая, что успешный родитель становится для ребенка опорой, образцом для подражания.

Отказ от взаимодействия

Семьи, в которых отношение к проблеме ребенка носит деструктивный характер, который может выражаться в форме игнорирования проблемы, жестокого обращения и эмоционального отвержения ребенка. Какие-то родители, погружаясь в проблемы своего ребенка, полностью забывают о себе, самореализация для них утрачивает всякий смысл. Они воспринимают рождение ребенка с отклонениями как наказание за свои ошибки, постоянно испытывают чувство вины. Таким образом, мать, забывающая о собственной реализации в обществе, не сможет обеспечить ребенку должного развития.Есть и такие родители, которые перекладывают заботу о ребенке на чужие плечи, например, на других членов семьи, так как ребенок мешает им в реализации собственных интересов. Эти семьи, безусловно, нуждаются в психологической и методической поддержке [11].

Главная цель социально-педагогической деятельности в работе с семьей ребенка с ограниченными возможностями – помочь семье справиться с трудной задачей воспитания ребенка-инвалида или ребенка с ОВЗ, способствовать ее оптимальному решению, несмотря на имеющийся объективный фактор риска; воздействовать на семью с тем, чтобы мобилизовать ее возможности для решения задач реабилитационного процесса. В такой семье необходимо больше духовного общения между детьми и родителями. Это общение наиболее полно раскроет личность ребенка, позволит родителям взглянуть на него по-новому.

Исследования доказывают, что своевременная ранняя помощь ребенку помогут сгладить имеющиеся проблемы и недостатки в развитии, а порой и устранить их, обеспечив полноценное развитие ребенка. Ранее выявление отклонений в развитии ребенка, своевременное начало коррекционно-развивающей работы, психолого-педагогическая и методическая помощь семье проблемного ребенка позволяют предупредить появление вторичных отклонений в развитии, обеспечить максимальную реализацию реабилитационного потенциала ребенка. Значительная часть детей, получивших помощь в службах ранней помощи, впоследствии включается в общий поток детей в образовательных учреждениях [11].

Объект работы специалистов различных служб – это не только ребенок с ОВЗ или рисками их появления, но и его родители.

**Глава 2 Психологические портреты родителей детей с отклонениями в развитии**

Портрет родителя авторитарного типа

Эта группа родителей характеризуется активной жизненной позицией, стремлением руководствоваться своими собственными убеждениями вопреки уговорам со стороны (советам родственников или специалистов). К родителям авторитарного типа мы относим две категории.

Первые, узнав о дефекте ребенка, могут от него отказаться, оставив в роддоме.

Вторая категория, представленная преобладающей частью родителей, проявляет стойкое желание найти выход из создавшегося положения, как для себя, так и для своего ребенка.

На предложение отказаться от ребенка такие родители реагируют как на личное оскорбление. Позиция родителей авторитарного типа характеризуется феноменом «вытеснения» негативных переживаний, связанных с проблемами ребенка. Это значительно оптимизирует их состояние. Такие родители направляют свои усилия на поиски лучшего врача, лучшей больницы, лучшего метода лечения, лучшего педагога, знаменитых экстрасенсов и народных целителей. Они обладают умением не замечать преграды на своем пути и уверенностью в том, что когда-нибудь может произойти чудо и с их ребенком.

Авторитарные родители создают родительские ассоциации и общества, устанавливают тесные контакты с аналогичными родительскими организациями за рубежом. Эти родители упорно преследуют цель оздоровления, обучения и социальной адаптации своего ребенка и таким образом решают проблему ребенка в целом [3].

Отрицательные свойства данной категории родителей проявляются в неумении сдерживать свой гнев и раздражение, в отсутствии контроля за импульсивностью собственных поступков, в склонности к участию в ссорах и скандалах, в откровенном противопоставлении себя социальной среде (специалистам, педагогам, администрации, родственникам, не принявшим их ребенка). «Пусть общество приспосабливается к нам и нашим детям, а не мы к нему» — может оказаться девизом некоторых из них.

Поведение таких родителей может перерастать иногда и в неприятие индивидуальности ребенка в целом. Многим из авторитарных родителей свойственен неравномерный характер применения воспитательных мер. Довольно часты жесткие формы наказаний (окрик, подавление личности, избиение). При этом сами родители не испытывают никаких угрызений совести. Такая форма взаимодействия с ребенком становится причиной возникновения у него тиков, энуреза (иногда энкопреза) и формирования пониженной самооценки [13].

Авторитарные родители часто, не оценивая возможности ребенка реально, выдвигают к нему неадекватные требования.

Другая часть этой категории родителей проявляет тенденцию к отказу замечать особенности в развитии ребенка.

Они считают, что специалисты завышают требования к их ребенку, в то время как его недостатки лишь характеризуют своеобразие индивидуального развития. «Не все дети одинаковые» или «Не всем же быть учеными», — считают они. Такие родители чрезмерно опекают своих детей. У них формируется неправильное понимание возможного пути развития больного ребенка. Настойчивое стремление всегда ориентироваться только на свои личностные жизненные установки (вопреки мнению значимого окружения) не позволяет им увидеть реальные перспективы развития ребенка.

Портрет родителя невротичного типа

Этому типу родителей свойственна пассивная личностная позиция, которую можно сформулировать следующим образом: «Уж что есть, то и есть. Ничего не переделаешь. Каким ребенок родился, таким и будет!» У таких родителей не формируется способность к принятию проблемы ребенка и не развивается стремление к ее преодолению. Эта категория родителей чрезмерно фиксируется на отсутствии выхода из создавшегося положения, что значительно ухудшает их психологическое состояние.

Родители невротичного типа оправдывают собственную бездеятельность в отношении развития ребенка отсутствием прямых указаний со стороны специалистов, родственников или друзей на то, что с ребенком следует делать: «А нам никто не говорил о том, что с ребенком нужно заниматься. Мы ничего и не знали!» Практически во всем эти родители следуют жизненной формуле: пусть все идет в жизни, как идет. Им недоступно понимание того, что некоторые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом уже не биологического дефекта, а их собственной родительской, педагогической несостоятельности [13].

Часть родителей, относящихся к данной группе, стремятся оградить ребенка от всех возможных проблем и даже от тех из них, которые он может решить собственными силами. Такие родители удовлетворяются тем, что ребенок обучается делать что-то сам, и считают, что нечего от него ожидать большего.

В плане воспитания невротичные родители также проявляют свою несостоятельность. Они испытывают объективные трудности в достижении послушания ребенка. Это объясняется как проявлением инертности и нежелания соприкасаться с проблемами ребенка, так и собственной слабостью характера при реализации поставленной воспитательной цели. Такие родители непоследовательны и в использовании приемов поощрения или наказания ребенка. Они во всем идут на уступки ребенку, «заласкивают» его, а иногда их «сверхнежные» отношения переходят в сюсюкание. Межличностные связи «родитель–ребенок» в таких семьях могут приобретать симбиотический характер [13].

У части таких родителей постоянно сохраняется тревожный фон настроения, присутствуют излишние опасения чего-либо, что может повредить ребенку. В свою очередь это передается ребенку и становится одной из причин формирования в нем невротичных черт характера.

Часто встречается и противоположная позиция родителей этого типа: они гиперболизируют проблемы своего ребенка. Собственное эмоциональное бессилие не позволяет таким родителям оценить позитивно свое будущее и будущее ребенка. Прожитая жизнь воспринимается ими как не сложившаяся, несчастливая, загубленная рождением в семье аномального ребенка.

Портрет родителя психосоматичного типа

Это самая многочисленная категория родителей. У таких родителей проявляются черты, присущие родителям, как первого, так и второго из описанных выше типов. У некоторых из них в большей степени проявляется тенденция к доминированию, как и у авторитарных родителей, но аффективное реагирование на стресс не выносится во внешний план. В поведении, как правило, проявляется нормативность. Они ведут себя корректно и сдержанно, иногда замкнуто. Проблема ребенка, часто скрываемая от посторонних взглядов, переживается ими изнутри. (у невротичных — слезы, истерики, у авторитарных— скандалы, агрессия, окрик). Это оказывается причиной нарушений, возникающих в психосоматической сфере.

Для этих родителей характерно стремление «положить собственное здоровье на алтарь жизни своего ребенка».

Все усилия направляются на оказание ему помощи. Порой такие матери работают со своими детьми, максимально напрягая и изнуряя себя.

Психосоматичные родители, так же как и авторитарные, стремятся найти лучших специалистов. В некоторых случаях они сами становятся таковыми для собственного ребенка, активно включаясь в его жизнь: участвуют в деятельности детских образовательных учреждений, повышают свой образовательный уровень, меняют профессию в соответствии с нуждами и проблемами больного ребенка. Некоторые матери данного типа, приобретая дефектологическое образование, становятся высоко профессиональными специалистами и оказывают помощь не только своим, но и чужим детям [13].

Стили воспитания в семье:

Гиперопека

Гипоопека

Культ болезни

Симбиотический

Авторитарная гиперсоциализация

Противоречивое воспитание

Повышенная моральная ответственность

2% - норма

В семье, где растет ребенок с нарушениями в развитии, обесценивается значимость супругов друг для друга, роль отца.

Во время диагностики и консультативной работы с семьями решаются следующие задачи:

- определение степени соответствия условий, в которых растет и воспитывается ребенок дома, требованиям его возрастного развития;

- выявление внутрисемейных факторов, как способствующих, так и препятствующих гармоничному развитию ребенка с психофизическими нарушениями в семье;

- определение причин, дестабилизирующих внутрисемейную атмосферу и межличностные отношения;

- определение неадекватных моделей воспитания и деструктивных форм общения в семье;

- определение путей гармонизации внутрисемейного климата;

- определение направлений социализации как детей, с особыми образовательными потребностями, так и их семей.

В процессе изучения семьи важную роль играет благожелательный настрой всех участников этого процесса/

На разных этапах развития ребенка, требуется разный подход и разные средства и методы диагностики и коррекции.

Формы работы с семьей:

- консультирование семьи по вопросам обучения, воспитания ребенка, формам взаимодействия ребенка с семьей и обществом;

- отслеживание развития ребенка с целью своевременного выявления проблем в развитии;

- индивидуальные и индивидуально-групповые занятия с ребенком и родителями;

- домашнее визитирование и т.п.

Работа с семьей должна носить разносторонний характер и ставить в качестве приоритета деятельности интересы самого ребенка. При этом специалисты должны иметь некую гибкость в отношении родителей, учитывать особенности конкретной семьи [6].

Требования к специалисту, к его личности:

- Ценностные ориентации

- Мировоззренческие установки

- Моральные качества (способность откликаться на чужую боль, сострадать, прощать, бескорыстно помогать (милосердие)).

Домашнее визитирование

Процедура консультирования семьи включает следующие этапы:

- знакомство, установление контакта;

-определение проблем семьи со слов родителей;

- психолого-педагогическая диагностика особенностей развития ребенка с ОВЗ;

- определение модели воспитания, используемой родителями, и диагностика их личностных характеристик;

- оценка результатов диагностики и формулирование психологом реальных проблем, существующих в семье;

- определение способов, с помощью которых проблемы могут быть решены;

- подведение итогов.

Кроме того, посещение семьи на дому дает специалисту возможность получить представление о том, как живет семья, о качестве развивающей среды и многом другом, что позволит специалисту создать более полную картину жизни ребенка и семьи.

Первый визит в семью всегда очень важен. Он начнется с беседы с матерью ребенка, где обсудят успехи ребенка, его медицинские проблемы, общесемейные новости, традиции, особенности стиля жизни семьи. Здесь важно установить доверительные отношения с матерью и ребенком, так как впоследствии специалист неоднократно придет в семью, и станет ее полноправным членом.

Игра-занятие с ребенком – следующий шаг в работе специалиста.

Снижение напряженности переживаний у матери больного ребенка достигается при ее переключении с предмета переживаний («У меня родился больной ребенок», «Мой ребенок не такой, как все») на деятельность, направленную на преодоление данной проблемы.

**Глава 3 Оценка состояния ребенка и семьи, выявление их потребностей**

Оценка состояния ребенка и семьи начинается на стадии первичного приема. Первичный прием ‒ это первое посещение службы ранней помощи ребенком и членами его семьи. На первичном приеме оформляется карта ребенка, в которую должна входить вся документация на ребенка и его семью, протокол первичной консультации и обследования ребенка, другие документы (диагностические опросники), анкета для родителей и т.д. [1].

Основное содержание работы с семьей по направлениям развития детей младенческого и раннего возраста

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Социально-  коммуникативное  развитие | Установление контакта с семьей. Оценка взаимодействия в паре. Диагностика способности ребенка сигнализировать о своем состоянии и регулировать себя, опираясь на сигналы социального окружения. Создание условий для развития взаимоотношений между ребенком и другими взрослыми. Помощь в организации ясной коммуникации между близким взрослым и ребенком. Сопровождение родителей в подборе и использовании альтернативных коммуникативных средств, доступных ребенку | |
| Навыки  самообслуживания | Питание: выяснение особенностей питания ребенка, наличие трудностей (глотания, жевания). Сопровождение семьи в вопросе организации кормления дома. Обучение ребенка использованию доступных сигналов для выражения потребности в еде и питье. | |
| Познавательное  развитие | Оценка познавательного развития ребенка. Создание условий и поддержка самостоятельной игровой и исследовательской активности ребенка, в том числе обеспечение физической поддержки. Повышение компетентности семьи в вопросах познавательного развития ребенка. Развитие когнитивных функций в контексте повседневной жизни и в естественной среде ребенка. В соответствии с используемыми руководствами по раннему развитию работа идет по следующим направлениям: развитие зрительного внимания, памяти, пространственных представлений, понятий (форма, размер, цвет, количество, пространственные соотношения, определения),  функционального использования предметов и символической игры, разрешения | |
| Речевое развитие | Импрессивная речь  Оценка уровня понимания речи. Создание условий для активной игры ребенка, в том числе коммуникативной игры совзрослым на занятиях и в естественной обстановке. Консультирование семьи в вопросе создания среды, в которой ребенок  мог бы наиболее оптимальным образом знакомиться с названиями окружающих его предметов и рутинных действий.  Работа над слуховой локализацией. Соотнесение действий, предметов, их характеристик со звучащим словом в различных бытовых ситуациях, в игре и в процессе занятий. Работа над пониманием предложных конструкций, притяжательных прилагательных и местоимений. Работа над пониманием простых обращений. Расширение возможности понимать и реагировать на более сложные обращения | Экспрессивная речь  Выстраивание и поддержание первичного диалога между ребенком и близким взрослым. Оценка возможности ребенка сообщить взрослому о своих потребностях и желаниях вокализациями или жестами. Развитие навыков моторной имитации (крупных движений  и движений мелкой моторики, артикуляторных движений). Работа над имитацией звуков (освоенных, новых). Имитация односложных и  двусложных слов. Поиск доступных для ребенка способов сообщить об  основных потребностях (холоде, голоде, жажде), попросить о помощи, отказать от нежелательных событий. Обучение этим способам. Использование различных видов альтернативной коммуникации в зависимости от возможностей ребенка. Помощь  в переходе к использованию фраз, состоящих из двух и трех слов. Развитие и поддержание навыка  вести беседу, делиться информацией, отвечать на вопросы и самостоятельно задавать простые  вопросы |
| Привлечение  внимания ребенка  к использованию  различных  художественных  материалов (краски, мелки, фломастеры, тесто) | Развитие и поддержание интереса к спонтанной игре с художественными материалами. Работа над навыками зрительно-моторной координации. Подбор средств, облегчающих ребенку достижение художественного эффекта. Развитие навыка имитации при рисовании линий и простых форм. Знакомство ребенка с литературными текстами и иллюстрациями к ним, соответствующими его уровню развития | |
| Адаптивная  физическая  культура (АФК) | Стимулирование позитивных сдвигов в организме, формирование необходимых двигательных умений и навыков, физических качеств и развитие способностей, направленных на жизнеобеспечение, развитие и  совершенствование организма. Оценка уровня развития двигательных навыков, необходимых для поддержания позы, перемещения в пространстве и ручной умелости (манипуляций с предметами). Обучение  родителей и помощь в создании среды, способствующей двигательному развитию ребенка и его самостоятельному функционированию. Консультирование родителей в вопросах приобретения специального оборудования. | |
| Социально-медицинские услуги | Поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья; | |
| Социально-психологические услуги | Оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде. | |
| Социально-педагогические услуги | Направлены на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг, формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей. | |
| Социально-правовые услуги | Направлены на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг. | |
| Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов | | |

**Заключение**

Первые несколько лет считаются наиболее важным этапом в жизни человека. Оптимальное развитие физических, социальных, эмоциональных, когнитивных и коммуникативных областей жизненно важно для непосредственного и долгосрочного здоровья и благополучия детей. То, что происходит с детьми в ранние годы, сильно влияет на их физическое и психическое здоровье, на возможности обучения, особенно связанные с грамотностью и счетом, на освоение множества навыков, нужных в повседневной жизни. Ранний опыт детей может формировать траектории развития, которые становятся все более сложными для изменения, когда дети растут.

Формирование системы ранней помощи детям с нарушениями развития является начальным этапам единой региональной модели долговременного ухода за лицами, имеющими отклонении в развитии и требующими комплексной поддержки со стороны государства.

Таким образом, одной из главных задач куратора является оказание адресной помощи ребенку по месту жительства. Но прежде чем выйти в семью, любому специалисту нужно понимать, что от того как пройдет его первая встреча и знакомство с ребенком и его родителями, зависит эффективность дальнейшей работы.

**Список использованной литературы**

1. Архипова Е. Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год жизни ребёнка. - М.: «Мозаика-синтез», 2018.
2. Борякова Н.Ю. Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития у детей: учеб. -метод. пособие. ‒ М.: «Гном-Пресс», 2016. ‒ 64 с.
3. Возрастная психология: учеб.пособие для студентов высших учебных заведений / О.Б. Дарвиш; под ред. В.Е. Клочко. ‒ М., 2017.
4. Детская психология: метод.указания / авт.-сост. Р.П. Ефимкина. ‒ Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 2015.
5. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 2018.
6. Научитесь понимать меня: руководство для родителей и педагогов / пер. с англ. Л.А. Чистович. ‒ СПб. : Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, КАРО, 2015. ‒ 64 с.
7. Пискун О.Ю., Есипова Т.П. Лекотека как новая форма социализации и образования детей с ограниченными возможностями здоровья. ‒ Новосибирск, 2019. ‒ 112 с.
8. Ранняя помощь детям с особыми потребностями в учреждениях социального обслуживания Красноярского края. Вектор становления и развития: методическое пособие // Серия методических пособий для руководителей и специалистов учреждений системы социальной защиты населения / под общ.ред. Э.М.Бурыхиной, В.А. Чеха. ‒ Вып. 15. ‒ Красноярск: КГКУ «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения», 2017. ‒ 256 с.
9. Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2016 № 1839-р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года».
10. Рекомендации Министерства образования и науки Российской Федерации органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования по реализации моделей раннего выявления отклонений и комплексного сопровождения с целью коррекции первых признаков отклонений в развитии детей от 13 января 2016 г. № ВК-15/07.
11. Ткачёва В.В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование. — М.: Национальный книжный центр, 2014. — 160 с. (Специальная психология.).
12. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
13. Югова О.В. Вариативные стратегии раннего психолого-педагогического сопровождения ребёнка с отклонениями в развитии и его семьи: Дисс. канд. пед. наук. – М., 2018.